



限度額適用・標準負担額減額認定申請書

書面での提出の場合は押印してください。
※メールでの提出の場合は不要です。

色付けされた欄に必要事項を記入してください。
(提出する書類には色を付けしないでください。)

組合員等記号番号		0820-100000000			
組合員	氏名	農水 太郎		所属局(部)名 課名	〇〇局 〇〇課
	生年月日	平成 9年 5月 3日			
適用対象者減額	氏名	農水 太郎		長期入院 (どちらかに○)	該当
	住所	埼玉県和光市中央3-4			非該当
生年月日及び続柄		平成 年 月 日		続柄	
認定必要期間		令和 2 年 6 月 8 日 から 令和 3 年 7 月 31 日 まで			

上記のとおり申請します。

農林水産省共済組合事務執行者 殿

有効期限は一律、非課税証明書に記載されている年の翌年7月末までとなります。

申請日を記入してください。

令和 2年 6月 2日

〒

〇〇〇-〇〇〇〇

住所

〇〇県〇〇市△△3-4

申請者

氏名

農水 太郎

必要書類

- ・令和元年度(平成30年の所得)の非課税証明書
- ・令和2年度(令和元年の所得)の非課税証明書
- ・別紙 及び 入院期間の領収書(写)

必要期間に応じた年度の非課税証明書を添付してください。

長期入院に該当する場合、別紙に記入いただくとともに、入院期間の領収書を添付してください。

(共済組合記入欄)

適用区分	才	I ・ II
------	---	--------